Unione Montana del Metauro Prot. n. 0007025 del 15/10/2025 partenza Cat. 8 Cl. 3

Modello di domanda - Allegato "A"
REDATTA DALLA PERSONA CON DISABILITÀ

SPETT.LE

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. _____

Comune di _____

DOMANDA DI ACCESSO AL FINANZIAMENTO PER LA REALIZZAZIONE
PROGETTO VITA INDIPENDENTE MINISTERIALE ANNO 2026
(ai sensi della L.R. 21/2018 della DGR n. 1696/2018, DGR 1496/2023, N. 264/25, N. 1425/25)

Il/La sottoscritto/a _____ _____
COGNOME NOME

residente a _____ Via _____ n. _____CAP _____

Codice fiscale _____

Tel. _____Cell. _____email_____

MANIFESTA LA SUA VOLONTÀ AD AVVIARE UN PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE MINISTERIALE MEDIANTE L'ACCESSO AI FINANZIAMENTI STATALI E REGIONALI

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

- di voler partecipare al Progetto di vita indipendente di cui al Fondo Nazionale Non Autosufficienza - DPCM 03/10/2022 FNA 2022 - 2024 annualità 2024 – DGR n. 1496/23, n. 264/25, n. 1425/25 finalizzato al pagamento dell'intervento relativo all'Assistente Personale.
- di essere consapevole che l'intervento **è alternativo, nel senso di non sovrapposizione temporale della titolarità**, agli altri due interventi sostenuti con risorse FNA ("Assegno di cura" e "Disabilità gravissima"), al progetto "Vita Indipendente" di cui alla L.R. 21/2018, all'intervento "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)" e all'intervento "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste un familiare di età compresa tra 0 e 25 anni affetto da una malattia rara di cui all'Allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e che necessita di ventilazione e/o nutrizione artificiale".
- di assumersi personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto;
- di agire in piena autonomia nell'individuazione dell'assistente personale;
- di assumersi, in qualità di datore di lavoro, tutti gli obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente personale, nel rispetto della normativa vigente;
- di autorizzare l'invio della presente domanda al Servizio UMEA, sede di _____oppure al CSM sede di _____ dell'AST Pesaro Urbino al fine della predisposizione del progetto personalizzato di Vita Indipendente Ministeriale e di acconsentire, sin d'ora, l'effettuazione della valutazione multidisciplinare da parte del predetto servizio e di accoglierne l'esito positivo o negativo;
- a fronte di un esito positivo, di autorizzare il servizio UMEA o il CSM dell'AST Pesaro Urbino sede di _____ all'invio all'ATS 6 del progetto personalizzato di Vita Indipendente Ministeriale e della valutazione multidisciplinare risultante al fine dell'eventuale ammissione al finanziamento economico del progetto;
- di accettare l'esito della graduatoria redatta con i criteri indicati nell'avviso pubblico

Allega la seguente documentazione:
Copia della certificazione di disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/1992
Copia fotostatica del documento di riconoscimento del richiedente disabile
Copia eventuale decreto di nomina di amministratore di sostegno, tutore, curatore

Data _____ FIRMA _____

Comune di Fano Prot.0099458-15/10/2025-c_d488-PG-0671-00070015-P 0683